Antrag auf Kostenübernahme

Anlage 2 – Pflegehilfsmittel zum Verbrauch (PG 54/51) · § 40 Abs. 2 SGB XI

Pflegecare GmbH
Tscheulinstraße 21, 79331 Teningen
IK 330804581

Versicherte Person

Name, Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Versichertennummer

Anschrift

Zuständige Pflegekasse

Antrag (PG 54 – zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel)

☐ Ich beantrage zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten trage ich selbst.

Bezeichnung	Positions-Nr.	Rechengröße	Menge/Faktor
saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001	1 Stück	
Fingerlinge (Latex/latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	
Einmalhandschuhe (Latex/latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2)	54.99.01.5001	1 Stück	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	
Schutzservietten (Einmalgebrauch)	54.99.01.4001	1 Stück	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	

Hinweis Desinfektionsmittel: bei 500 ml Faktor 5, bei 1000 ml Faktor 10 eintragen.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene (PG 51)

Bezeichnung	Positions-Nr.	Rechengröße	Menge/Faktor
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4__	1 Stück	

51.40.01.4__: bitte die letzten 3 Stellen ergänzen. Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Beratung & Bestätigung

☐ Ich wurde vor der Übergabe vom o. g. Leistungserbringer umfassend beraten, welche Produkte für meine Versorgungssituation geeignet und notwendig sind und die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

☐ Die gewünschten Produkte werden ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (nicht durch Pflegedienste oder Tagespflege) verwendet.

☐ Die Pflegekasse übernimmt die Kosten nur für Pflegehilfsmittel und in dem Umfang, für die eine Kostenübernahmeerklärung vorliegt; darüber hinausgehende Kosten trage ich selbst.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten